OŚWIADCZENIE
do odbioru recepty/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne dla osoby trzeciej

Ja,niżej podpisany(a)
.....
imię, nazwisko

.....
adres zamieszkania
PESEL└┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘, legitymujący(a) się ……..……...
nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

niniejszym oświadczam, że recepty lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne wystawione w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, mogą być odebrane przez dowolną osobę, która się po nie zgłosi.

…….....
(Data i czytelny podpis pacjenta z podaniem imienia i nazwiska)

Upoważnienie dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta, podstawa prawna: art. 42 ust. 4 ustawy z dnia
5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty– tekst jednolity (Dz.U. 2018 poz. 617).